Über einen Fall von

# Darmcarcinom nach Unterleibstrauma

## (sekundärer subphrenischer Abscess, Peritonitis diffusa).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

**gesamten Medizin**

verfasst und einer

**Hohen medizinischen Fakultät**

der

**Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München**

vorgelegt von

**Ludwig Ruppel,**
approb. Arzt aus Gotha.

**München, 1902.**
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Über einen Fall von

# Darmcarcinom nach Unterleibstrauma

## (sekundärer subphrenischer Abscess, Peritonitis diffusa).

---

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

**gesamten Medizin**

verfasst und einer

**Hohen medizinischen Fakultät**

der

**Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München**

vorgelegt von

**Ludwig Ruppel,**
approb. Arzt aus Gotha.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

**München, 1902.**
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizin. Fakultät der Universität München.

*Referent: Herr Professor Dr. von Bauer.*

*Seinen Eltern.*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552320_0121

„Nicht mit Unrecht pflegt man die Anschauung über die krankhaften Gewächse des menschlichen Körpers als eine Art von Wertmesser für die Theorien und Systeme der Pathologie zu betrachten. In der Frage, was ist eine Geschwulst? lauert die Sphinx auf jeden schweifenden Geist und droht mit dem Sturz in den Abgrund der Vergessenheit.“ So klagt Rindfleisch[1]) schon vor zwei Jahrzehnten und heute sehen wir die differentesten Theorien vor allem bezüglich der Ätiologie der Geschwülste neben einander bestehen. Von welch eminenter Wichtigkeit aber heute gerade die Frage nach der Ätiologie der Geschwülste geworden ist — ganz abgesehen von ihrer wissenschaftlichen und kurativen Bedeutung — wird klar durch den Hinweis auf die nicht mehr seltenen Ansprüche von Unfallversicherungen, welche im Anschluss an auch noch recht spät nach dem Unfall entstehende Geschwülste erhoben werden, wobei dann die eingeholten Gutachten oft auffallend disharmonieren, eben infolge der Ungewissheit, die bezüglich der ätiologischen Frage zur Zeit noch herrscht.

Und so ist es wohl verständlich, wenn Schütz und vor ihm v. Bünger auf dem vorletzten Chirurgenkongress zur Aufklärung der Ätiologie der Tumoren eine recht eifrige Sammelforschung empfahlen, insofern gerade die Frage nach einem veranlassenden Trauma in Betracht kommt.

---

[1]) Rindfleisch, Die Elemente der Pathologie. Leipzig, Engelmann, 1883. S. 48.

Die Irritationen der Gewebe, nach welchen wir so oft Geschwülste auftreten sehen, stellen sich zumeist dar als chronisch-einwirkende äussere Reize, wie das bekanntlich besonders sinnenfällig beim Hodenkrebs der Schornsteinfeger, bei den Hautkankroiden der Teerarbeiter, beim Mammacarcinom, beim Portiocarcinom Multiparer u. s. f.

Dass aber nicht nur auf diese chronischen Reizzustände hin, sondern auch im Gefolge einmaliger Traumen Geschwülste sich entwickeln können, ist eine Erkenntnis, die seit neuerer Zeit mehr und mehr an Festigkeit gewinnt.

Und da handelt es sich, wie Jordan[1]) hervorhob, in der Hauptsache doch „um die Frage des Einflusses einer einmaligen, stumpfen Gewalteinwirkung, einer Kontusion als Folge eines Falles, eines Stosses etc. auf die Entstehung von Tumoren".

Jordan macht auch besonders darauf aufmerksam, dass die Zahl der nach Trauma entstehenden Tumoren in gar keinem Verhältnis stehe zu der Unzahl solcher stumpfer Gewalteinwirkungen, welche nicht die Gelegenheitsursache für Tumorenbildung geben. Dieses Missverhältnis ist ja in der That so gross, dass ein Zusammenhang zwischen Trauma und Tumor a priori gar nicht postuliert werden muss. Es kommt dazu, dass Tiere nach angestellten Versuchen auf die genannten Traumen niemals mit der Bildung von Geschwülsten reagierten. Jordan kommt weiter zu dem Schluss „das Trauma könnte also nur durch Folgezustände, wie Hyperämie, entzündliche reparative Vorgänge den Anstoss zur Tumorbildung geben, indirekt geschwulstbildend wirken". Und für ihn wäre ein unbedingter Zusammenhang zwischen Tumor und Trauma erst dann erwiesen, wenn Partikelchen der beim

[1]) Jordan, Über die Entstehung von Tumoren etc. Vortrag, gehalten auf der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg. Münch. Med. Wochenschrift 1901. S. 1741 ff.

Menschen auftretenden Geschwülste dem Tierorganismus einverleibt resp. spezifische Erreger übertragen, da die gleichen Bedingungen setzen würde für Traumen, die man dann experimentell auf das alterierte Organ müsse einwirken lassen.

Jedenfalls erscheint auch ihm „die Frage des Kausalitätsverhältnisses aufs engste verknüpft mit dem Problem der Entstehung der Tumoren überhaupt". Es ist somit bei der Frage nach der Entstehung der Tumoren im Anschluss an stumpfe Gewalteinwirkung unumgänglich die über die Entstehung der Tumoren überhaupt in neuerer Zeit aufgestellten Theorien aus diesem Gesichtspunkt heraus wenigstens in den wichtigsten Punkten zu berühren.

Vor allem schrieb Virchow[1]) einer stumpfen Gewalteinwirkung besonderen Einfluss auf die Geschwulstbildung zu, indem er mit der alten Rokitansky'schen Dyskrasie sowie mit dem Nerveneinfluss brach, sie vielmehr bedingt sein lässt einmal durch eine rein lokale Störung, sei sie erworben oder ererbt, zu der als zweites Moment ein Reiz hinzutreten muss, der dann die, die Entfaltung jener Anlage begünstigende Ursache darstelle, eine Ursache, die man eben sehr wohl in stumpfer Gewalteinwirkung erblicken kann.

Während bei Virchow der lokale Reiz eine wichtige Rolle spielt, lässt Cohnheim diesen in seiner bekannten Theorie „der atypischen Neubildungen von embryonaler Anlage" ganz fallen und lenkt die Vorstellungen über die Geschwulstgenese in ganz neue Bahnen. Der Widerspruch, der ihm dabei erwuchs, basierte zumeist auf dem Carcinom — so das von Hauser gegen Cohnheim ins Feld geführte Magencarcinom — auf dem Carcinom, weil dieses von allen Geschwülsten, welche im Gegensatz zu Cohnheims Voraussetzung auf embryonaler Verlagerung nicht beruhend, stets

[1]) Virchow, Die krankhaften Geschwülste, Bd. I.

erst extrauterin sich entwickeln, das grösste Kontingent stellt.

Hauser spricht beim Carcinom von einer biologischen Änderung der Epithelzellen, welche bei einer Schwächung der normalen Widerstandskraft des Bindegewebes die Krebswucherung zeitigen kann. So entstehen mannigfache Theorien, welche die Cohnheim'schen fötalen Verlagerungsprozesse als ursächlich für eine grosse Zahl der Tumoren nicht anerkennen, so vor allem für das Carcinom, während jene Theorie eine andere grössere Gruppe der Geschwülste vollauf erklärt (Ribbert).

Da ist es nun Ribbert, der aus diesem Dilemma heraus so argumentiert: „Wenn wirklich aus fötalen abgesprengten Keimen Tumoren hervorgehen, so hindert uns nichts, einen Versuch zu machen, diese Genese auch auf das extrauterine Leben zu übertragen und zu sagen, dass auch in ihm verlagerte Zellen zu Neubildungen anwachsen können.[1])

Wir sehen also: Die so naheliegende Übertragung der Cohnheim'schen Theorie auch auf das extrauterine Leben. Und über das bisher so strittige Carcinom speziell sagt Ribbert ebenda, „dass die Anfänge der Krebsentwickelung nicht in einem direkten Tiefenwachstum des Epithels in das Bindegewebe hinein bestehen, sondern dass die erste Erscheinung eine Bindegewebswucherung ist, welche, in das Epithel vordringend, die Zellen aus dem Verbande trennt und in das Bindegewebe metastasiert. Aus diesen oder auch auf andere Weise transportierten Keimen geht das Carcinom hervor."

Die Erklärung der Fähigkeit aberrierter Zellen zu maligner Wucherung gibt Ribbert an gleicher Stelle:

„Alle Zellen des embryonalen und erwachsenen Körpers sind, wie die regenerativen und entzündlichen Proliferationen lehren, wucherungsfähig. Sie wachsen aber für gewöhnlich

[1]) Ribbert, Eulenburgs Realencyklopädie, Bd. XVII.

nicht, weil sie durch die Einfügung in das organische Ganze, durch die Gewebsspannung in Schranken gehalten werden. Fallen diese Einflüsse nach Trennung der Zellen aus dem Zusammenhange fort, so äussert sich nun die bis dahin nicht zur Geltung gekommene Wachstumsfähigkeit so lange, bis die Spannung wieder hergestellt ist. Das wird aber bei ganz oder teilweise aus dem Verbande losgelösten Zellen im allgemeinen nicht wieder möglich sein, und so vermehren sie sich dauernd und sind eben deshalb allen anderen Zellen des Körpers, die, in das Ganze eingefügt, nicht weiterwachsen können, überlegen."

Diese Ribbert'sche Theorie, welche eine äusserst glückliche Vereinigung der positiven Punkte der früheren darstellt und sich zur Zeit wohl vieler Anhänger erfreuen dürfte, lässt uns auch wieder auf das Trauma als ätiologisches Moment bei der Geschwulstgenese zurückkommen. Es ist eben die gerade zitierte „Trennung der Zellen aus dem Zusammenhang" durch ein Trauma wohl möglich.

Es käme nunmehr darauf an, für diesen spekulativ gewonnenen, ungemein wichtigen Satz die entsprechenden Belege aus der klinischen Beobachtung zu gewinnen.

Was die neuere Statistik anlangt, so finden wir ein relativ schon umfangreiches Geschwulstmaterial bearbeitet. Im allgemeinen sind es prozentual sehr wenige Fälle von Tumoren, die mit zweifelloser Sicherheit auf einmalige Einwirkung stumpfer Gewalt zurückgeführt werden.

Wir schliessen uns den vollkommen erschöpfenden Angaben Jordans an:

Unter 714 Geschwulstfällen der Bruns'schen Klinik konnten nach Würz[1]) 19, d. h. 2,66%, mit wahrscheinlicher Sicherheit auf ein Trauma zurückgeführt werden.

[1]) Würz, Über traumatische Entstehung von Geschwülsten. Langenb. Archiv, Bd. 49.

Machol[1]) sichtete ein Material von 902 Tumoren der Strassburger Klinik, von den 24 wahrscheinlich ein Trauma zu Grunde lag, also 2,06%, Sandhövel[2]) fand unter 230 Geschwülsten der Bonner Klinik acht auch nur möglicherweise auf Trauma zurückweisende Fälle, mithin 3,5%.

Die Beobachtungen Lengnicks[3]) aus der Königsberger Klinik ergeben unter 597 malignen Tumoren nur fünf, also 0,86% traumatischen Ursprungs.

Schliesslich bezeichnet Rausch[4]) aus der Erlanger Klinik von 300 Fällen sechs, also 2% als traumatisch entstanden.

Die Zahl der auf einmaliges Trauma zurückzuführenden Tumoren schwankt nach diesen Angaben mithin zwischen 0,86 und 2,66%.

Speziell in Betreff des Carcinoms folgert Jordan aus den eben erwähnten Statistiken: „Nach dem bis jetzt vorliegenden Material kann dem Trauma für die Entwickelung der Carcinome nur eine minimale Bedeutung zuerkannt werden.“

Würz konnte unter 502 Carcinomen kein einziges mit Sicherheit auf ein einmaliges Trauma zurückführen. Sandhövel und Lengnick wiesen bei keinem einzigen ihrer Carcinomfälle zweifellosen traumatischen Ursprung nach.

Machol stellte unter 502 Carcinomen sechs als möglicherweise traumatisch entstanden hin.

Demnach kein einziges zweifellos traumatisches Carcinom unter allen diesen Fällen. Doch das ist schliesslich nicht

[1]) Machol, Die Entstehung von Geschwülsten im Anschluss an Verletzungen. Inaug.-Dissert., Strassburg 1900.

[2]) Sandhövel, Über den Einfluss von Traumen auf die Entstehung maligner Tumoren. Inaug.-Dissert., Bonn 1900.

[3]) Lengnick, Über den ätiologischen Zusammenhang zwischen Trauma und der Entwickelung von Geschwülsten. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 52.

[4]) Rausch, Verletzungen als Ursache von Tumoren. Inaug.-Dissert., Erlangen 1900.

eben wunderbar; denn es liegt in der Natur der Sache, dass man allen solchen Erklärungen des genetischen Zusammenhanges gerade der malignen Tumoren seine Zweifel entgegensetzen kann, aber es sind dann doch im Grunde oft keine anderen als die, welche menschliche Hypothesen als solche zulassen, denn etwas Hypothetisches wird ja solchen Konstruktionen fast immer anhaften, und man wird für derartige Fälle kaum mehr als eine geringere oder grössere Wahrscheinlichkeit beanspruchen können. Ein Fall, wie ihn uns Hahn[1]) aus der Chirurgischen Klinik berichtet, dürfte eben doch zu den aves rarissimae gehören: Da trat bei einem Patienten ohne „freies Intervall", noch während er in ärztlicher Behandlung stand, ein Carcinom der Kopfhaut direkt im Anschluss an eine Verletzung auf.

Auch der im folgenden wiederzugebende Fall von Carcinom, der auf einmalige Einwirkung einer stumpfen Gewalt zurückgeführt wird, kann betreffs dieser Ätiologie nicht auf zweifellose Gewissheit Anspruch erheben, auf eine zweifellose allerdings nur im obigen Sinne. Er soll in Kürze folgen:

Anamnese: Martin K., 51 Jahre alt, Steinmetz, tritt am 9. Mai 1902 in die II. medizinische Klinik ein. Er gibt an, seit ca. 14 Tagen im Abdomen täglich anfallsweise krampfartige Schmerzen zu haben, so dass er schon seit dieser Zeit in ärztlicher Behandlung steht. Die Schmerzen haben nachgelassen, doch hat Patient auf ärztlichen Rat das Krankenhaus aufgesucht. Wie Patient behauptet, hat auch der Leib in letzter Zeit zugenommen. Hereditär ist nichts nachweisbar, Infektion wird negiert, Potatorium (3—5 L. pro die) bejaht. Patient ist seit dem 28. April 1902 arbeitsunfähig.

---

[1]) Hahn, Über einen Fall von Carcinom der Kopfhaut, in direktem Anschluss an ein Trauma entstanden. Beiträge zur Klin. Chirurgie, Bd. 26.

NB. Patient führt sein Leiden auf einen Unfall im Jahre 1899 zurück, bei dem er auf den Leib und die linke Gesässseite gestürzt sei. Daraufhin urinierte Patient Blut. Kurze Zeit darauf bemerkte er Anschwellung des Leibes.

Status praesens: Ziemlich grosser, kräftig gebauter Mann mit reichlich entwickeltem Fettpolster, mässiger Muskulatur, ohne Drüsen und Ödeme.

Der Thorax ist proportioniert, breit und gut gewölbt. An den Lungenspitzen — soweit die Untersuchung möglich — eine Schalldifferenz und vesikuläres Atmen. Leber-Lungengrenze, nach oben verschoben, steht am oberen Rand der fünften Rippe. Herz ist nach rechts nicht verbreitert, der Spitzenstoss ist nicht fühlbar, die Herztöne sind leise, aber anscheinend rein. Der Puls ist regelmässig, frequent, äqual. Abdomen ist intensiv meteoristisch ausgedehnt. Der Nabel ist teilweise verstrichen. Ein vorhandenes Ekzem soll nach Umschlägen mit heissem Essig entstanden sein. Der Perkussionsschall über den oberen Partien ist tympanitisch, über den unteren Partien gedämpft. Unterhalb des linken Rippenbogens, beinahe bis zur Medianlinie reichend, besteht ebenfalls eine Dämpfung, welche einem Tumor von derber Konsistenz entspricht, aber nicht verschieblich ist. Die untere Lebergrenze ist nicht nachweisbar.

Diagnose: Paranephritis.

Am 9. V. Rektale Untersuchung zeigt den Darm frei.

Temp. 36,8,
37,5,
37,9.
Puls 96.
Respir. 32.

Am 10. V. Punktion des Abdomens rechts ergibt purulentes, leicht gefärbtes Exsudat.

Temp. 37,7,
37,6,
38,9.
Puls 124.
Respir. 30.
Urin 550 gr. Sp. G. 1020.
R: sauer.
E: +
Z: —
In: +
Bl: —

Patient wird am 10. V. der chirurgischen Abteilung zugelegt, wo nach am gleichen Tage erfolgter Laparotomie, bei welcher der Eiterherd nicht freigelegt wurde, unter zunehmender Herzschwäche am Morgen des 12. V. Exitus eintrat.

Die Autopsie erfolgte am 13. V. und ergab folgenden Befund:

Thorax fassförmig aufgetrieben. Abdomen aufgetrieben.

Bei Eröffnen der Bauchhöhle findet sich in der unteren Partie eine ziemliche Menge grünlichweissen Eiters und geringe Mengen Gases, in der Gegend des Colon besonders reichlich.

Zwerchfellstand links vierte, rechts fünfte Rippe. Leber ist kaum zwei Finger breit vorliegend. Der Magen ist mässig ausgedehnt. Die Serosa ist mit eitrig-fibrinösen Auflagerungen bedeckt.

Das Herz ist von der Lunge fast vollständig bedeckt. In beiden Pleurahöhlen findet sich hämorrhagische Flüssigkeit. Die Lunge ist nirgends adhärent. Im Herzbeutel ist wenig Serum, im Herzen wenig Gerinnsel vorhanden.

Linke Lunge von geringem Volumen, vermehrtem Gewicht, ist im oberen Abschnitt weich, im unteren hart. Sie

zeigt eine schwarze Färbung und eine über dem grössten Teil von eingestreuten Herden reibeisenförmige Pleura. Der Oberlappen ist lufthaltig, blutarm, blassbraun, zeigt derbe Knötchen eingestreut. Das Parenchym des Unterlappens ist blutreich, hinten unten fast blutleer, von milzartiger Konsistenz. In den grossen Bronchien ist wenig Inhalt. Die Bronchialschleimhaut ist kaum verfärbt. Die Lymphdrüsen sind steinhart und schwarz, die Gefässe leer.

Die rechte Lunge verhält sich wie die linke. Im Unterlappen ist der Luftgehalt vermindert. Die peribronchialen Lymphdrüsen sind von brettartiger Konsistenz.

Verdauungskanal: Das absteigende Colon zeigt am Knie eine Verdickung. An dieser Stelle ist in der Schleimhaut eine grauweisse Wucherung carcinomatöser Natur. Die Wucherung hat eine Höhe von 5 cm und eine Dicke von 2,5 cm. Sie zeigt eine ringförmig abschnürende Innenfläche, während die Aussenfläche zerklüftet ist. An einer Stelle nach aussen und vorne ist eine brüchige Perforationsstelle, zehnpfennigstückgross, vorher verlötet. Das Lumen des Darmes ist durchgängig, wenn auch verengt. Ausserdem finden sich infolge der Einschmelzung in der Fettkapsel der Niere verschiedene eitrige Abscesse. Der Darm ist oberhalb der Geschwulst erweitert, unterhalb verengt. Im oberen Dickdarm findet sich breiiger Kot und Gas. Die Wandung ist brüchig, die Schleimhaut gerötet und die Serosa fibrinös belegt.

Die Leber, vergrössert und von blauer Farbe, zeigt ebenfalls fibrinöse Auflagerungen. Auf dem Durchschnitt ist die acinöse Zeichnung verwaschen und die Farbe hellbraun. Die Konsistenz ist gallertig. Die Gallenblase enthält ein wenig gelber Galle. Ihr Blutgehalt ist gering und die Kapsel gespannt.

Im Magen findet sich kotiger, übelriechender Inhalt. Seine Schleimhaut ist verfärbt.

Die Milz misst 17 : 9,5 : 4,0 und zeigt eine runzelige Kapsel, ein weiches, blassbraunrotes Parenchym. Die Pulpa ist vorstehend und die Follikel sind undeutlich.

Das Herz ist vergrössert. Die Aortenklappen sind schlussfähig. Rechter Ventrikel und Vorhof sind erweitert.

Die linke Niere, etwas vergrössert, hat eine reichliche Fettkapsel. Die fibröse Kapsel ist leicht abziehbar. Am konvexen Rand befindet sich ein kirschkerngrosser Herd eingelagert ohne Eiterung. Die Rinde ist blass und blutarm. Mark und Rinde sind wenig geschieden. Das Parenchym ist welk. Die rechte Niere, ebenfalls mit reichlicher Fettkapsel, ist etwas kleiner als die linke. Die fibröse Kapsel ist leicht abziehbar. Im übrigen ist die Niere blutarm, schlaff, welk. Rinde und Mark sind auf dem Durchschnitt wenig geschieden.

Anatomische Diagnose: Markschwamm des absteigenden Colon; ringförmige Wucherung mit mässiger Verengerung. Darmlumen oberhalb erweitert, unterhalb verengt, mit Durchbruch nach vorne und hinten, zuletzt in die Bauchhöhle. Allgemeine Peritonitis. Hypostatische Pneumonie im linken Unterlappen, Anthraco-Chalikosis.

Rekapitulieren wir nun den Verlauf unseres Falles noch einmal, so kommen wir zu folgendem Bilde:

Patient erleidet im Jahre 1899 ein Trauma des Unterleibes durch Fall. Es tritt Hämaturie auf, welche wir nach der Art des Falles (auf linke Seite und linkes Gesäss) leicht als den Ausdruck einer stärkeren Verletzung der Niere auffassen können, die eine Blutung in das Nierenbecken herbeiführte. Danach ist Patient vollkommen ohne Beschwerden und erst im Jahre 1902 treten diese in heftiger Form mit krampfartigen Anfällen auf, so dass er seit dem 28. IV. 1902 arbeitsunfähig ist. Die Schmerzen lassen aber wieder nach und Patient begibt sich bei relativ gutem Befinden ins

Krankenhaus. Wir können nun wohl annehmen, dass durch das Trauma, welches auf die linke Niere sehr heftig einwirkte, sehr wohl auch eine stärkere Alteration des Colon an der betreffenden Stelle stattgefunden.

Es mag diese sich dargestellt haben in einem Einreissen der Mukosa, und wir hätten dann für das Zustandekommen des Carcinoms an der Stelle des Trauma das Analogon des Magencarcinoms, welches ja auch mit besonderer Vorliebe von den Rändern alter Ulcera seinen Ausgang nimmt.

So berichtet uns Litthauer[1]) über einen ätiologisch ähnlichen Fall, wo sich, wie er eingehend beweist, im Anschluss an ein Unterleibstrauma seiner Ansicht nach auch von Einrisstellen der Schleimhaut her nach Jahren ein Carcinom des Magens und danach eine allgemeine Carcinomatose der Unterleibsorgane entwickelte.

Wenn wir nun weiter annehmen, dass die Krebsgeschwulst ihre Reizwirkung auf die Umgebung entfaltet und sich ein chronisch entzündlicher Reizzustand einstellt, der zu Verwachsungen mit der Umgebung führt, so wird uns der ganze weitere Verlauf der Erkrankung leicht verständlich: Der geschwürige Zerfall des Markschwammes — und dieser neigt ja besonders dazu — setzt ein, nachdem zuvor vielleicht eine kurze Zeit starke Verengerung des Darmes mit ihren Symptomen bestanden hat. Diese beim Carcinom des Darmes ja fast die Regel bildende Verengerung wurde manifest bei der Obduktion durch das oberhalb erweiterte, unterhalb verengte Darmlumen. Es erfolgte der Durchbruch ulcerierter Stellen in der im Sektionsprotokoll näher geschilderten Weise. So kommt es zum subphrenischen Abscess

[1]) Lithauer, Ist Krebs des Magens und der Unterleibsorgane die mittelbare Folge einer Kontusion, eines Betriebsunfalles? Gutachten, erstattet für das Reichs-Versicherungsamt. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen 1895, 3. Folge, IX. Band.

und schnell zu einer Peritonitis diffusa mit beginnendem Ileus, worauf der Exitus eintritt. Dem Eintreten der erwähnten Verengerung mag immerhin das Erkranken des Patienten mit krampfartigen Schmerzen entsprochen haben.

Was nunmehr den subphrenischen Abscess anlangt, so schreibt Maydl in seiner ausführlichen Monographie[1]):

„Wenn wir a priori die Bedingungen feststellen sollten, unter denen nach Perforation des Darmes — vom Pylorus bis zum Sphincter ani gerechnet — subphrenische Abscesse entstehen dürften, so müssten wir folgendermassen argumentieren: Eine Entstehung derselben unter der erwähnten Bedingung ist auf dieselbe Weise möglich wie jene, die wir nach Affektionen solcher Organe beobachten, welche dem Zwerchfell direkt anliegen. Fast kein Teil des Darmes liegt eben dem Diaphragma unmittelbar an. Solche Abscesse dürften aber wohl nach Perforation solcher Darmabschnitte erfolgen, von denen aus dem dem eventuell austretenden Darminhalt der Weg zum Zwerchfell freisteht. Falls um die Perforationsstelle erst ein Abscess entsteht, so müsste statt dem frischen Darminhalt dem durch denselben verursachten Eiter die Bahn gegen das Diaphragma anatomisch gewissermassen vorgezeichnet sein. Diese Voraussetzung im Auge behaltend, würde gewiss jedermann in erster Reihe an die Abschnitte des Darmes denken, welche, wenn sie auch dem Zwerchfell nicht direkt anliegen, doch insofern mit demselben in Beziehung stehen, als die lockere Bindegewebsschichte, in welche sie eingebettet sind, sich auch bis hinauf ans Zwerchfell erstreckt.“

Dies letztere gilt aber in hervorragendem Masse von der Flexura coli linealis. wo wir neben dem lockeren Bindegewebe als Bahn für den Eiter das linke Fixationsband des

[1]) Karl Maydl, Über subphrenische Abscesse, Wien 1894.

Colon, eine Bauchfellduplikatur, das Ligam. phrenicocolicum, zwischen dem Knie des Colon und dem Zwerchfell finden.

Über subphrenische Abscesse nach Perforation des Darmes überhaupt schreibt Maydl an der Hand seines Materials, dass er sie stets rechts, nur in einem einzigen Fall auf der linken Seite gefunden habe. Aber er bezeichnet dies selbst als einen Zufall. Von seinen dreizehn Fällen war viermal das Colon betroffen, keinmal aber in seinem rechten Anteil.

Zufällig machte sich bei der seltenen Form der Erkrankung in unserem Falle die bekannte „Duplizität der Fälle“ geltend, indem, ihm vorausgehend, in der Münchener chirurgischen Klinik v. Angerers ein verblüffend ähnlicher zur Beobachtung kam.

Seggel jun.[1]) berichtet in der Sitzung vom 12. März 1902 des Ärztlichen Vereins München, nachdem er die Schwierigkeit der Diagnose des Coloncarcinoms gewürdigt, über diesen Fall, der unter den Erscheinungen eines subphrenischen Abscesses mit Durchbruch durch die vordere Bauchwand ohne jede Erscheinung von seiten des Darmes verlief. Der Patient war 3½ Monate vor seinem Eintritt plötzlich mit einem heftigen, in der Magengegend lokalisierten Schmerz anlässlich einer Körperanstrengung erkrankt. Es stelle sich intermittierendes Fieber, heftiger Schmerz und Meteorismus ein, und schliesslich bildete sich im linken Hypochondrium eine Vorwölbung, die bei der Probepunktion fäkulenten Eiter ergab. Unter der Diagnose „subphrenischer Prozess auf okkulter Grundlage“ (es bestanden anamnestisch auch jetzt keine Erscheinungen von seiten des Darmkanales) erfolgte Eröffnung parallel dem Rippenbogen, ohne den Ausgangspunkt zu erkennen. Tod vier Wochen später unter septischen Erscheinungen; Kot entleerte sich erst einen Tag

[1]) Münchener Med. Wochenschrift 1902, Nr. 28.

vor dem Tode. Die Sektion ergab eine zwischen Zwerchfell und Quercolon gelegene Eiterhöhle, entstanden durch Perforation eines cirkulären, 2—3 cm hohen Carcinomgeschwüres in der Flexura linealis.

Wir sehen: Ein Fall, der mit dem unseren fast übereinstimmt. Es dürfte aber im ganzen ein subphrenischer Abscess im Anschluss an ein Carcinom des Darmes zu den seltener beobachteten Fällen gehören, was vielleicht seinen Grund darin haben mag, dass bis zum Zustandekommen einer Perforation doch eine mehr minder lange Zeit vergeht, die in der Regel wohl genügt, den Exitus durch andere von der Erkrankung früher gesetzte Veränderungen herbeizuführen.

Was die Diagnose anbelangt, so sind derartige Fälle von subphrenischem Abscess auf okkulter Basis recht verzweifelt. Die frühzeitige Diagnose, die gerade in Fällen, wo, wie bei dem unseren, das mit relativ gutem Erfolg operable Coloncarcinom zu Grunde liegt (May), dürfte wohl kaum gestellt werden, wenn die Erkrankung lange ohne alle Erscheinungen verläuft, die sonst, wenn auch meist recht unbestimmter Natur, so doch subjektiv sehr störend zu sein pflegen. Es hätte vielleicht allenfalls das Trauma, an das Patient erinnerte, im Verein mit der langen Zeit, die zwischen ihm und der neuerlichen Erkrankung lag, in unserem Falle auf die Spur führen können, wenn auch, wie wir gesehen haben, ein Carcinom im Anschluss an Trauma nach bisherigen Beobachtungen nicht eben häufig — nach bisherigen, denn es ist zum mindesten zweifelhaft, ob nicht die künftigen, wahrscheinlich und hoffentlich in noch reicherem Masse angestellten Erhebungen andere Zahlen als die angeführten liefern werden für Carcinom im Anschluss an Trauma.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinen ganz besonderen Dank Herrn Prof. Dr. Josef Ritter von Bauer für die gütige Übernahme des Referates auszusprechen, sowie Herrn Prof. Dr. Richard May für die gütige Überweisung des Falles und Unterstützung bei seiner Behandlung.

# Lebenslauf.

Ich, Ludwig Ruppel, wurde am 14. Dezember 1876 zu Gotha geboren. Dortselbst besuchte ich das herzoglich-sächsische Gymnasium Ernestinum, an dem ich zu Michaelis 1897 absolvierte. Darauf besuchte ich vom W.-S. 1897/98 ab nacheinander die Universitäten Würzburg, München, Erlangen, Berlin, München, an welch letzterer ich die ärztliche Approbationsprüfung ablegte.